

介護に関する入門的研修 申込書

《県中会場》

【宛先】 一般社団法人 福島県介護福祉士会 事務局 行
〒963-0108
郡山市笹川1丁目184-29 クレストハイツ184 102号室

FAX (024)983-1848

太枠内に必要事項をご記入の上 上記までFAXにてお送り下さい(送信票不要)

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名		
住所	〒 -	
連絡先	携帯電話	
現在の生活 や就労	1. 就労していない 2. 就労している 3. 学生 4. その他()	
ボランティア 登録	1. 登録していない 2. 登録している 3. わからない 4. その他()	
研修受講後の 希望	※該当するものに○を付けて下さい 1. 介護の資格をとりたい 2. 介護関係の学校に進学したい 3. 介護事業所で働きたい 4. 家族の介護やボランティアをしたい 5. 自分のために活かしたい 6. その他()	
情報の取得	※該当するものに○を付けて下さい 1.チラシ 2.自治体の広報紙 3.知人から 4.その他()	

応募 〆 切 : 令和 8 年 9 月 4 日 (金)